



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ
DEL DR. LUIZ WALTER, PARA LA PRESERVACIÓN
DE SALUD ORAL EN NIÑOS.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARÍA DEL CARMEN FLORES REYES

TUTORA: Mtra. BLANCA ESTELA HERNÁNDEZ RAMÍREZ

ASESORA: Mtra. ANDREA LARA PÉREZ SOTO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero agradecerle a Dios por permitirme llegar a cumplir una de mis más anheladas metas, el terminar mi carrera universitaria.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Odontología por brindarme todas las herramientas necesarias para llevar a cabo una adecuada y justa labor profesional.

A mi madre Rocio Reyes por apoyarme en todo momento y enseñarme a nunca darme por vencida aún en los peores momentos de la vida.

A mi padre José Flores por darme el ejemplo de esfuerzo y dedicación, hacerme comprender que la vida es el presente y cuidarme desde el cielo. A mis hermanos Antonio y Rocio Flores por ayudarme a concluir mi carrera.

A Kelvin Herrera por comprenderme, apoyarme, estar presente en los peores y mejores momentos y brindarme su amor incondicional durante los últimos 7 años.

A las familias Herrera Rivera y Patiño Rivera por brindarme su cariño y afecto y apoyarme durante esta etapa.

A mis amigos Stephanie y Uziel por compartir tantos momentos felices en la facultad y deseo que a pesar del tiempo y la distancia nunca nos olvidemos y ahora compartamos un nuevo capítulo en nuestras vidas.

A la Mtra. Blanca E. Hernández por enseñarme un panorama diferente de la profesión, brindarme su confianza, su paciencia y su tiempo. A la Mtra. Andrea Lara Pérez por compartirme sus conocimientos, ya que sin ella este trabajo no sería posible.

A mi mascota Clohe, porque a pesar de ser de otra especie, ha sido mi fiel compañera para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| OBJETIVO | 8 |
| 1 MARCO TEÓRICO | |
| 1.1 Antecedentes históricos del “Programa de Odontología para el bebé.”..... | 9 |
| 1.2 Normatividad en México dirigida a los Cirujanos Dentistas..... | 16 |
| 1.2.1 Programa de estudios de la asignatura de educación para la salud..... | 17 |
| 1.2.2 Asamblea mundial de la salud..... | 18 |
| 1.2.3 Ley general de salud..... | 19 |
| 1.2.4 NOM 013-SSA2-2015 “Para la prevención y control de enfermedades bucales”..... | 19 |
| 1.2.5 NOM 031-SSA2-1999 “Para la atención a la salud del niño”..... | 20 |
| 1.2.6 NOM 009-SSA2-1993 “Para el fomento de la salud del escolar”..... | 20 |
| 1.2.7 Federación Dental Internacional..... | 21 |
| 1.3 Prevalencia de las principales enfermedades en la cavidad oral..... | 22 |
| 1.3.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales..... | 23 |
| 1.3.2 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición..... | 24 |
| 1.4 Propósito..... | 25 |
| 2 SALUD ORAL EN MENORES DE 5 AÑOS | |
| 2.1 Concepto de salud..... | 25 |
| 2.2 Concepto de educación..... | 26 |
| 2.3 Caries Dental..... | 28 |
| 2.4 Estado Periodontal..... | 29 |
| 2.5 Maloclusiones..... | 32 |

| | |
|--|-----------|
| 3 PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ..... | 34 |
| 3.1 Primera Etapa “Orientación y educación a los padres”: | 40 |
| 3.2 Segunda Etapa “Exploración de bebés y niños durante la primera infancia” | 43 |
| 3.3 Tercera Etapa “Atención bucodental” | 49 |
| 3.4 Cuarta Etapa “Reforzamiento y seguimiento” | 52 |
| CONCLUSIONES..... | 55 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 56 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende ser útil a los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México y a los profesionistas interesados en el tema, al evidenciar la importancia de las acciones básicas, que debe poseer, referentes a Educación Promoción y Prevención para la salud en su desempeño profesional guiando a la población para obtener y mantener un nivel de salud óptimo en la cavidad oral.

La manera en que este documento quiere lograr el objetivo, es sugiriendo que el estudiante adopte una metodología para llevar a cabo educación, prevención y promoción de la salud, así como programas de educación para la salud y que no solo se concentre en el tratamiento restaurador sino que logre concientizarse en el futuro de ese tratamiento y reflexione que si no educa al paciente no servirá de nada una perfecta restauración, pues debe llegar al origen del padecimiento, evaluando los factores de riesgo de cada paciente, para poder realizar una verdadera preservación de la salud.

La herramienta que se sugiere para que el estudiante aprehenda e implemente es el “Plan de Atención Odontológica en el 1er año de vida” mejor conocido como “Programa de Odontología para él bebe” del Dr Luiz Reynaldo Figueiredo Walter, pues se considera el más completo, cuya filosofía de tratamiento es “Educar previniendo, prevenir educando” puesto que ha demostrado resultados significativos en solo 5 años de su aplicación, en la Universidad Estatal de Londrina, Brasil.

En el primer capítulo se describen los antecedentes históricos que dieron origen al “Programa de Odontología para él bebé”, posteriormente lo que establece la OMS, la normatividad que rige en México como: la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales, la

ley sobre las obligaciones de los Cirujanos(as) Dentistas y el perfil que debe de cumplir el egresado de la Facultad de Odontología, entre otras.

Se revisa los resultados presentados por el Sistema de Vigilancia Epidemiología de Patologías Bucales y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, con lo cual se fundamenta el propósito de este trabajo.

En el capítulo segundo se describen los conceptos que se deben manejar para poder dar un correcto seguimiento del programa sugerido.

La salud, es un concepto abstracto, que todo profesional de la salud debe comprender y manejar, además que es un determinante dentro del perfil de egreso de la carrera del Cirujano Dentista.

La educación, debe ir inherente a todo programa educativo de salud, por lo que resulta conveniente apropiarse del concepto, pues implica parte del éxito en la aplicación de los programas preventivos.

Caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones, representan las patologías que se pretenden evitar, en los programas educativos desarrollados por el profesional, para la preservación de la salud oral de los pacientes, siendo el principal objetivo del odontólogo.

En el capítulo tercero, se realiza una breve descripción del “Programa de Odontología para el bebé”, sus fundamentos y directrices de trabajo, así como las etapas que lo conforman, explicando en que consiste cada una y reconociendo que, con su aplicación en la práctica se cumplen las necesidades que nos demandan las instituciones tanto nacionales como internacionales.

Finalmente, las conclusiones a las que se llegaron, después de hacer una exhaustiva revisión de la normatividad que rige a los profesionales de la odontología, conocer el programa de Odontología para el bebé y reflexionar acerca de la importancia del aplicar a la educación como principal estrategia de prevención de enfermedades.

Lo expuesto anteriormente permite mostrar un panorama general del contenido de este trabajo, el cual queda a la consideración del honorable jurado.

OBJETIVO

Actualmente en México existe evidencia de la prevalencia de las enfermedades orales, en donde la caries dental y la enfermedad periodontal, son problemas de salud pública concentrados en grupos vulnerables, como la población infantil de menores de 5 años de edad; por lo cual una de las principales tareas de los Cirujanos Dentistas es encontrar estrategias para prevenir y controlar estos problemas de salud.

En el informe más reciente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2014, se indica que aproximadamente la mitad de los niños mexicanos de 2 años de edad presentan caries, por esta razón SIVEPAB sugiere comenzar un tratamiento odontológico preventivo a edades tempranas, ya sea desde el nacimiento del infante o aún mejor iniciar cuando la madre está gestando, para inducirla acerca de la importancia del autocuidado, ya que en sus manos está el preservar la salud oral de su bebé y por ende el de toda su familia.

Reconocer la importancia de que el estudiante conozca y aplique el programa de Odontología para el bebé, del Dr. Luiz Reynaldo Figueiredo Walter, como estrategia para la preservación de la salud oral, previo, durante y posterior a la erupción de la dentición infantil, con el propósito de educar primero a los padres desde el inicio de la vida de su hijo/a y conforme crezcan, estos padres transmitan la información a sus hijos los cuales se empoderarán del conocimiento y así lo transmitirán a sus descendientes; al mismo tiempo el estudiante dará seguimiento al cumplimiento de las obligaciones normativas impuestas para la profesión y establecidas en el perfil de egreso de la carrera de Cirujano Dentista en el programa de estudios vigente.

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes históricos del “Programa de Odontología para el bebé”

Aunque al inicio del siglo pasado algunos autores divulgaron su preocupación con respecto a establecer cuidados odontológicos en bebés, solo recientemente esos cuidados empezaron a recibir una mayor atención por parte de los odontólogos.¹

En 1919, Jordan afirmaba que después de la publicación de su Artículo Kindergarten Dentistry (Dental Cosmos), en febrero de 1912, los profesionales no tenían ninguna disculpa para no atender a niños menores; igualmente defendía que si ellos no tenían condiciones de enfrentar esta responsabilidad, deberían recurrir a un colega que pudiera asumirla.²

En 1929, en Brasil, en su libro “Educación dental del niño” Pereira destacó la necesidad de una difusión sin límites en el seno de la familia, ya que el cuidado dental debe iniciar desde la vida en el vientre materno con la formación de órganos dentarios sanos y bien calcificados. Aseveraba que una “profilaxia de caries debía ir junto con una higiene postnatal”, proponiendo como necesaria la colaboración entre pediatras y odontopediatras; fue el primero en manifestar que el bebé nunca debe dormir con la boca sucia y sugería la limpieza de los dientes de los bebés con gasa esterilizada envuelta en un dedo embebida en una solución de bicarbonato de sodio friccionando bien todas las superficies.^{1,3}

Años después autores como Costa (1939), Kantorowics (1949) y Braver (1960) compartían el ideal de iniciar la atención odontológica entre los 2 a 12 años de edad y solo en casos raros debería intervenir (dientes natales y neonatales).³

En 1963 Robinson y Naylor en Inglaterra afirmaron que existían métodos preventivos en niños de edad escolar bien documentados, es decir se daba mucho énfasis al daño causado por el uso indiscriminado de carbohidratos en niños de edad escolar y pocos eran los que relataban control de hábitos alimenticios como medios de prevención en bebés.²

El Dr José Antonio Fragoso Ramírez quien fundó en 1970 el Primer curso de Estomatología Pediátrica Hospitalaria en el Instituto Nacional de Pediatría, difundía que “la Estomatología del Recién Nacido debía incorporarse a la Odontopediatría, así como en Medicina se integra a la Pediatría a la Neonatología”.⁴

En 1978, Nowak afirmaba que los Cirujanos Dentistas (C.D.) tenían conciencia de que los programas de prevención de enfermedades deben ser establecidos lo más cercano posible al inicio de la erupción de los dientes.⁵

Para la década de los 80's, encontramos pensamientos completamente diferentes a las décadas anteriores, con respecto al momento ideal para la atención dental del paciente infantil, ya que es donde se gestan elementos para dar origen a la Odontología para bebés.⁴

En 1980, Blinkhorn destacó la necesidad de que el C.D. impartiera conceptos de Educación para la Salud en gestantes y durante la lactancia estableciendo rutinas que podrían prevenir las enfermedades más frecuentes de la cavidad oral de los bebés; estas rutinas estarían enfocadas a la influencia del azúcar en la caries dental.²

Dos años después en Japón, Morinushi concluyó que se debe hacer un refuerzo de las instrucciones de cuidados diarios a las madres, en intervalos de 3-4 meses donde el control de alimentación, con alto contenido de azúcar, es esencial para mantener la salud oral.⁵

En este mismo año, Elvey y Hewie afirmaron que muchos problemas podrían ser evitados si el médico conociera mejor los aspectos odontológicos, particularmente sobre tratamientos con fluoruro, hábitos bucales y sus consecuencias, desarrollo de las denticiones y métodos de prevención.³

En 1983, Kohler B. Bratall y Kasse Bo, en la Universidad de Malmo Suecia, publicaron un trabajo científico resultado de la implementación de un Programa de salud bucal en binomios madre-hijo, concluyendo que la madre es la principal fuente de infección del niño en referencia a Streptococos Mutans, reconocido como el responsable del desarrollo inicial de la caries dental. Asimismo, demostraron que el tratamiento es mayor entre los 0-1 año de edad, confirmando que cuanto más temprano los padres adquieran hábitos saludables, mayor será el impacto en la salud oral de sus hijos.⁶

Igualmente, en 1983, se elaboró el proyecto “Plan de atención odontológica en el primer año de vida” en la Universidad Estatal de Londrina (UEL), Brasil.

En 1985, Persson, en Suecia, relato que los Programas preventivos de atención dental son organizados por el Servicio Público de Salud, donde las orientaciones son transmitidas a los padres, como procedimiento principal cuando el niño tiene 6 meses de edad y debe ser repetido a los 18 meses. Este tipo de atención pretendía asegurar que, virtualmente, todos los niños suecos estarían libres de caries a los 3 años, objetivo que no fue alcanzado plenamente, a pesar de representar una disminución de caries del 78% en los niños.

En el mismo año, se aprobó por la Financiadora Nacional de Estudios y Proyectos (FINEP), el proyecto “Plan de atención odontológica en el primer año de vida”, en la Universidad Estatal de Londrina (UEL) y al año

siguiente, el 12 de marzo de 1986 se inaugura oficialmente la “Bebé Clínica” con el objeto de modificar el concepto de la época a través de la concientización de la población para la atención precoz con el consiguiente mantenimiento de la salud oral.⁵ Fig. 1.

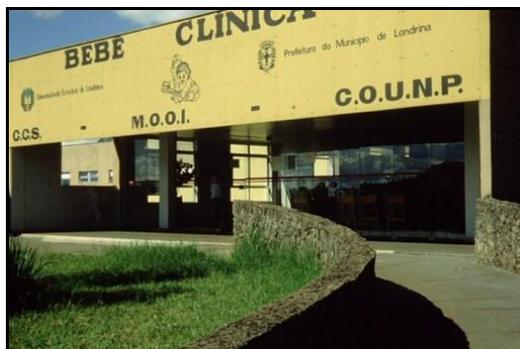


Fig. 1. Bebé-Clínica UEL, Brasil.⁷

En 1986, la Asociación Dental Americana (ADA), preocupada por la necesidad de atención a los bebés, editó una guía de medidas preventivas en la que se incluían instrucciones para la utilización de flúor en la prevención de la caries, como alternativa para los cuidados de la boca del bebé hasta los 24 meses.¹

En 1987, la Institución de Stage, para formación de profesionales en Venezuela, comenzó a desarrollar la idea de un programa educativo/preventivo para caries dental y otras patologías orales en niños de corta edad y contaba con la participación activa de los padres como responsables de la salud del paciente.⁸

En 1988, en Inglaterra, Cushing y Gelbier informaron que, en 1977, fue introducido en Londres un programa de cuidados dentarios en los Departamentos del Servicio de Salud de las Guarderías; en este programa se enseñaba prioritariamente fundamentos de educación odontológica y una acción profesional de control mensual y bianual era realizada, como profilaxis con crema dental fluorada con dedales de goma pensando básicamente en reducir las necesidades de tratamiento y en estabilizar la salud dental.²

La primera referencia en la literatura, respecto a un programa dirigido a bebés, fue relatada por Goepferd en 1989, en la Universidad de Iowa, quien estableció durante 18 meses un programa destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras potencialmente perjudiciales para la salud oral del niño. Con base en los resultados, se indicó que la primera visita debe ser alrededor de los 6 meses de edad, época en la que se consigue mayor eficacia en la atención primaria y el control de caries.^{1,2}

En 1990 se cierra la fase experimental e inicia la institucionalización de la “Bebé Clínica” en la UEL, Brasil.⁹ En Argentina, se instala la primer Clínica del Bebé en la escuela de posgrado de la Asociación Odontológica Argentina como un curso de Odontología para niños; y en Colombia el proyecto de Odontología para Bebés recomienda el trabajo participativo de los profesionales de la salud y la comunidad.

En 1994 inicia la Clínica del Bebé, en Aracatuba, evidenciando un creciente interés de la participación de toda la familia, con la atención precoz de la embarazada y del niño durante el primer año de vida, cambiando el servicio de tratamiento curativo por la atención educativa/preventiva con el fin de mantener una buena salud y mejorar la calidad de vida.⁸

En 1995, Bravo, en México, recomienda que se establezca una colaboración entre el Pediatra y el Odontólogo⁸ y Mc Donald Avery recomienda que después de alimentar al bebé por lo menos después de la última lactada nocturna deberán limpiarse dientes, lengua y encías.

En 1996, Moss afirma que cuando más tempranamente se realice la manipulación de la cavidad oral de los bebés, idealmente después del nacimiento, más receptivos serán en el futuro con respecto a los cuidados de salud bucal.

En 1997, Walter indica que en presencia de dientes debe iniciarse la fluoterapia casera diaria con Fluoruro de Sodio al 0.02% además de la aplicación de barniz con flúor por el profesional.⁹

En este mismo año la Facultad de Odontología de la Universidad de Zulia, en Venezuela crea su Clínica del Bebé transmitiendo a los padres los conocimientos y procedimientos preventivos de cuidado diario dirigidos a niños entre 0 y 6 meses de edad.

En el año 2000, en EUA se implementa un programa estatal en Carolina del Norte diseñado para alertar a los proveedores de servicios médicos pediátricos a incorporar servicios dentales preventivos en salud oral, alcanzando una amplia cobertura de niños entre 0 y 35 meses de edad.⁸

En este mismo año, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México realiza los primeros viajes a Londrina, para conocer el “Programa de Odontología para el Bebé” y se inicia su integración a los programas de estudio en Licenciatura y Posgrado.

En 2002, el Dr. Offenbacher en un estudio de 5 años concluye que la enfermedad periodontal en la madre, representa el 18% de los partos prematuros en EUA y enfatiza que éste es un factor de riesgo controlable resaltando la gran responsabilidad que le corresponde a la Odontología Preventiva.⁶

En el año 2003, se imparte el primer Diplomado de Odontología para Bebés en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En 2006, en Perú inicia sus actividades la Asociación Peruana de Odontología para Bebés.¹⁰

En el año 2015, la Universidad Autónoma de México, abre su clínica de Odontología para el Bebé siendo la primera en su tipo en México (fig. 2).¹¹



Fig. 2 Clínica Odontología para el bebé UAM.

Por los antecedentes históricos descritos, se puede afirmar que el concepto de atención odontológica en bebés no es nuevo, pero su práctica, en México, sí. Las experiencias más destacadas, en la implementación de estos programas se encuentran en la Universidad de Iowa, en los Estados Unidos de América y la Universidad Estatal de Londrina (UEL), en Brasil; no obstante, el programa de Iowa duró únicamente 18 meses y el de la UEL cumplió 31 años de servicio en 2017, con resultados altamente significativos.

Es importante enfatizar que, desde el año 2000, la F.O. de la U.N.A.M. se interesó por conocer este “Plan de Atención Odontológica en el primer año de vida” implementándolo en el programa de estudio de posgrado, también en ese año comenzó a impartirse el diplomado denominado Diplomado de Actualización Profesional en Atención durante la Primera Infancia “Odontología para él bebé” y en el nivel licenciatura, en el quinto año de la carrera, en la unidad V. Es importante resaltar que dicho programa debería enseñarse desde el primer año de la carrera y ser reforzado en el cuarto año cuando se comienzan a tratar clínicamente a

los pacientes infantiles y con mayor significado en el quinto año donde el trabajo clínico con niños pequeños es más frecuente.

Con este último comentario se concluye la revisión bibliográfica de los antecedentes que dieron origen a la atención a la primera infancia. En el siguiente apartado se realiza una revisión sobre los aspectos normativos que rigen a los profesionales de la salud oral.

1.2 Normatividad en México dirigida a los Cirujanos Dentistas

En la actualidad, las instituciones formadoras de profesionales del área de salud oral, como la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), establecen un perfil de egreso, que forme a los profesionales en odontología de manera equilibrada, tanto en el manejo de procedimientos de rehabilitación y restauración de la cavidad oral, como en la conducción de cuestiones preventivas y de educación para la salud, para realizar tratamientos integrales, de tal forma que no exista dominancia de unas materias sobre otras.¹²

El perfil de egreso, del programa de estudios de la FO, menciona que deben aplicar estrategias de promoción para la salud y programas de Educación para la Salud dirigidas tanto a los pacientes sanos, a los que están en riesgo y a los que ya presentan alguna patología. Identificando de manera oportuna las determinantes sociales y los Factores de Riesgo que influyen sobre dichas problemáticas, así como la aplicación de medidas preventivas con la finalidad de conservar la salud oral lograda a través de los tratamientos realizados.¹³

Ahora bien, la pregunta que surge es: ¿ésta situación se cumple?; Ricardo Manuel Sánchez Rubio Carrillo, reporta en sus investigaciones que estos objetivos no se alcanzan, pero antes de llegar a eso debemos de saber ¿qué es lo que, como C.D. de practica general se debe de reconocer, dominar y aplicar en cuanto al ejercicio profesional?, no

solamente en conocimientos como restauradores o rehabilitadores, sino determinar ¿cómo actuar cuando el paciente ya está rehabilitado? y lograr visualizar la importancia de educar al paciente en los hábitos y procedimientos necesarios para preservar la salud oral, principalmente, a la población infantil, por ser la más vulnerable.¹⁴

1.2.1 Programa de estudios de la asignatura de educación para la salud

En el programa de estudios de Educación para la Salud (EpS), del 1er año de la carrera de Cirujano Dentista en la FO, tiene como objetivo que al finalizar el curso el alumno debe ser capaz de aplicar métodos para que los pacientes adquieran conductas positivas para la prevención de enfermedades, además el estudiante desarrollará habilidades para ejecutar programas de EpS y comprenderá que los conocimientos adquiridos este 1er año contribuirán a su formación integral como C.D. así como la utilidad de los mismos para participar activamente en la solución de los problemas de salud a través de la aplicación de programas es decir, se espera que desde el 1er año de aprendizaje académico se comience en la construcción y uso de estrategias para aplicar un programa de EpS.¹⁵

En México la Salud oral está estimada de manera limitada, como parte de las acciones básicas del Servicio Público, por lo que su atención se restringe a la práctica privada principalmente y ésta se caracteriza por ser una odontología tradicional restauradora y rehabilitadora únicamente, que atiende al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad, lo cual no provoca un cambio social importante en la educación del paciente ya que no contempla a la prevención dentro de su modelo de servicio como una acción significativa.¹⁶

Lo paradójico es que, todos los programas curriculares aprobados en México incluyen asignaturas con mayor carga de materias prácticas encaminadas a la reconstrucción y rehabilitación dental, enfocándose más a la corrección de las secuelas y menos a la carga científica para identificar los factores de riesgo que permitan desarrollar estrategias de prevención, para que, con la mejor evidencia, se logre disminuir la incidencia de las principales enfermedades prevalentes en nuestra población.¹⁷

1.2.2 Asamblea mundial de la salud

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los Gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los siguientes decenios debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la meta comúnmente denominada "salud para todos en el año 2000". Un principio básico para su establecimiento era el fomento y prevención de la salud, como acciones igualitarias a las de la atención curativa y uno de los principales objetivos respecto a salud oral, era que el 50% de los niños de 5 a 6 años estuvieran libres de caries dental; meta que solo se logró en Brasil con la atención prestada por la Clínica del Bebé.^{18, 19.}

La Dra. Sumedha Khanna, en la Conferencia Internacional sobre financiamiento de Servicios de Salud en países en desarrollo celebrada en la Universidad George Washington de E.U.A. durante junio de 1982 afirmó: *“No significa que en el año 2000 nadie estará enfermo, significa que los individuos se darán cuenta de que ellos mismos pueden contribuir en gran medida a liberarse de la carga de las enfermedades y mantener la conciencia de que es posible evitar la mala salud”*.²⁰

En el año 2000 la OMS, en la comunidad europea, comenzó a evaluar el impacto de la práctica por el número de dientes presentes sanos y no por el número de obturaciones o extracciones; así se esperaba que el objetivo de la práctica profesional se transformaría de una práctica mutiladora y curativa enfocada a la enfermedad, a una práctica preventiva de fomento al autocuidado, orientada a la salud. Esto nos hace reflexionar ¿Por qué en México no existe este tipo de práctica?¹⁸

Otro acontecimiento relevante es que en el mismo año el Departamento de Servicios Humanos de la OMS esbozó el nuevo perfil para el odontólogo, según el cual debe ser capaz no solo de conocer y reconocer las enfermedades, sino también de preocuparse por la educación, la prevención y el tratamiento, dirigidos a la promoción y el mantenimiento de los pacientes.¹

Ahora, es importante saber y reconocer qué es lo que, en México, se sugiere al Cirujano Dentista para cumplir las necesidades de atención a la población para favorecer en ella una mejor calidad en cuanto a la salud oral.

1.2.3 Ley general de salud

La Ley General de Salud, contemplada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art.27, se establece que “Para los efectos del derecho a la protección de salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: La prevención y el control de las enfermedades bucodentales”.²¹

1.2.4 NOM 013-SSA2-2015 “Para la prevención y control de enfermedades bucales”

Establece la promoción del autocuidado y protección de la salud bucal, la cual debe tener un enfoque basado en factores de riesgo para prevenir

las enfermedades bucodentales que afectan la salud general en los grupos menos favorecidos, así como realizar de forma obligatoria, acciones de promoción de la salud bucal y prevención de enfermedades bucales a cada persona, en cada cita, que acuda al consultorio de estomatología de acuerdo al grupo de edad y con base a factores de riesgo.

Específicamente en cuanto a Cuidados bucales preventivos, para pacientes, de hasta 3 años de edad, es necesario fortalecer y preparar al niño para formar hábitos con el fin de mantener o mejorar su salud bucal para el resto de la vida, por lo tanto se debe capacitar a la madre, padre y/o cuidadores, acerca del desarrollo y cuidados del menor para mantenerse bucalmente sanos y comprometidos con la salud del niño/a y promover la consulta estomatológica del lactante a partir del primer mes de vida.²²

1.2.5 NOM 031-SSA2-1999 “Para la atención a la salud del niño”

Estipula la obligación de capacitar a la madre sobre las medidas preventivas para reducir la probabilidad de que el niño(a) enferme, fortaleciendo la responsabilidad al cuidado de su salud, pese a que esta NOM se refiere a la salud general, debemos considerar que la salud oral se incluye dentro de ésta.²³

1.2.6 NOM 009-SSA2-1993 “Para el fomento de la salud del escolar”

Dispone que el personal de salud debe orientar las acciones educativas hacia el desarrollo de una cultura de la salud que promueva el fortalecimiento, modificación y desarrollo de hábitos, conductas y actitudes sanas y esto se debe realizar con base a programas, procedimientos e instrumentos bien establecidos.²⁴

Si se quiere gozar de derechos iguales a los que tienen otros profesionales de la salud se debe desarrollar la actividad profesional con apego a las disposiciones normativas que rigen de manera general la actuación de las ciencias biomédicas como lo menciona la Carta de los derechos generales de los Cirujanos Dentistas.²⁵

La planificación actual supone que, en cuanto aumente el número de personal clínico en la Profesión Odontológica, se enfrentará más efectivamente la demanda de atención requerida por la población,²⁶ pero a pesar de que continua el incremento del número de dentistas egresados de las instituciones educativas, la salud oral de la mayoría de los mexicanos no ha mejorado y todavía está afectada por altos niveles de enfermedades sin tratar.²⁷

Lo anterior expone que se confrontan problemas de rehabilitación por falta de prevención y de educación, a pesar de que el aspecto preventivo es el más importante y el que menos recursos económicos requiere,²⁸ puesto que se carece de recursos económicos que permitan financiar ampliamente una fuerza de trabajo para reparar las secuelas de los problemas dentales sin resolver las causas.²⁷

1.2.7 Federación Dental Internacional

Por esta razón la FDI (World Dental Federation) ha propuesto nuevas metas para el año 2020 en donde se espera que el C.D. asuma un papel protagónico al identificar soluciones apropiadas para alcanzar la igualdad en salud bucodental y satisfacer la creciente necesidad y demanda de atención odontológica.(visión 2020). Se debe cambiar el enfoque y la perspectiva de la medicina tradicional de atención y tratamiento a la de salud pública de prevención y promoción.²⁹

Los estudiantes deben tener el interés de autoconstruirse, con una visión no solo de egresados de una carrera, si no de profesionistas con

verdadera vocación, con mayores aptitudes y mejores actitudes que puedan cumplir con la misión que la población demanda, para mejorar su calidad de vida, basándose en la siguiente premisa según el Dr. Agustín Zerón:

“Si la palabra Doctor deriva del docere, el doctor no solo es el que cura, sino el que enseña a sus pacientes a no enfermarse”.¹⁷

Tradicionalmente el principal propósito de los estudiantes, ante una asignatura, es acreditar, pero no se debe confundir el concepto acreditación y aprendizaje ya que se piensa una como consecuencia de la otra, pero son conceptos totalmente separados.³⁰

Acreditar se refiere a los parámetros académico administrativo para asignar una calificación y aprendizaje es aquel que el estudiante ha logrado interiorizar y retener luego de haber encontrado un sentido teórico o una aplicación real para su vida, va más allá de la memorización, ingresando al campo de la comprensión, aplicación, síntesis y evaluación. Es decir, acreditar es únicamente un requisito administrativo, no demuestra nada, en cambio el aprendizaje debe tener un significado real y útil para el estudiante.³¹

1.3 Prevalencia de las principales enfermedades en la cavidad oral

Reiterando el capítulo anterior existen ciertos aspectos normativos establecidos tanto por las Instituciones formadoras de C.D., en este caso la F.O. de la U.N.A.M., como por Organizaciones Internacionales y Nacionales, los cuales están obligados a cumplir, los profesionales del área, para llevar a cabo una equilibrada práctica profesional.

A continuación se revisa la prevalencia de las principales patologías orales, en los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de

Patologías Bucales (SIVEPAB) y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) encargadas de realizar estudios en la población mexicana. Fig. 3.



Fig. 3 Caries Severa de la Infancia Temprana.³²

1.3.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales

De acuerdo con los resultados reportados por el SIVEPAB 2009 existe un rezago importante en la promoción, prevención y control de enfermedades bucales, acciones que deben ser reforzadas y estar encaminadas, principalmente, en los grupos más vulnerables de la población.³³

Comparando los resultados en porcentajes de Higiene bucal (IHOS) en pacientes de 2 a 5 años en el 2009 y de 6 a 9 años del 2010 al 2014, Estado dental (índice cpod) en pacientes de 2 a 10 años, Población con caries dental de 2 a 19 años y Caries de la Infancia Temprana en pacientes de 3 a 5 años, obtenidos en los 6 informes del SIVEPAB del año 2009 al año 2014 no ha habido cambio considerable, es decir el porcentaje no aumenta pero tampoco disminuye en cifras importantes y las decimas que ha variado son mínimas las cuales se deben considerar proporcionales al número de pacientes examinados cada año.^{33, 34, 35, 36, 37,}

³⁸ Como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1- Comparación de los resultados 2009-2014 SIVEPAB. Fuente directa.

| SIVEPAB | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Total de pacientes examinados de 2 a 19 años | 66 306 | 73 067 | 61 101 | 77 519 | 84 448 | 87 170 |
| Higiene bucal 6 a 9 años IHS)0 | 2 a 5 años 17.9% | 37.2% | 29.4% | 38.1% | 38.1% | 35.1% |
| Estado dental 2 a 10 años Índice cpod | 3.6 (3.1,0.1, 0.4) | 3.6 (3.1, 0.1, 0.3) | 3.1 (3.1, 0.0, 0.0) | 3.8 (3.4, 0.1, 0.3) | 3.8 (3.4, 0.1, 0.3) | 3.7 (3.3, 0.1, 0.3) |
| Población con caries de 2 a 19 años | 79.4% | 76% | 74.7% | 77.8% | 76.5% | 75.4% |
| Caries de la infancia temprana de 3 a 5 años. | 35.8% | 35.4% | 34% | 34.9% | 35.6% | 35.4% |

1.3.2 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

En cuanto a la ENSANUT, en la publicación del año 2016, en el apartado “Percepción del daño a la salud ocasionado por las bebidas azucaradas”, la mayor parte de la población adulta (93.4%)³⁹ se encuentra afectada y considerando que las bebidas azucaradas favorecen el desarrollo de caries dental; esta información es importante ya que el C.D., como parte de los trabajadores del área de la salud, debe reforzar y educar a los pacientes sobre ese hábito que ya tienen y enseñarlos a controlar el consumo de todos los alimentos con alto contenido de carbohidratos.

1.4 Propósito

Por lo anteriormente expuesto es importante el conocer, dominar y aplicar en la práctica profesional un Programa de educación para la salud, para cumplir a cabalidad uno de los principales propósitos que como Cirujanos Dentistas se deben de seguir, que es el prevenir, controlar y erradicar las patologías orales concientizando y educando al paciente sobre su salud.

2. SALUD EN MENORES DE 5 AÑOS

Para poder establecer y dar seguimiento a un programa de educación para la salud se deben manejar los siguientes conceptos: salud y educación.

2.1 Concepto de salud

Al hablar de salud, es importante manejar el concepto, la OMS en 1946, la definió como “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”, si esto es así, quien presenta focos infecciosos en la cavidad oral no podría considerarse sanos.^{40, 41}

En la actualidad, salud se considera como una variable dependiente influenciada por diversos factores o determinantes, los cuales condicionan el nivel de salud de las personas, no pudiendo ser considerados de forma aislada sino en constante interacción. Estos factores fueron divididos en 4 variables:

- Biología humana: involucra a la genética y el envejecimiento.
- Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
- Estilo de vida: conductas y actitudes de salud.
- Sistemas de asistencia sanitaria: se refiere a la estructura, disponibilidad y nivel de atención.

El medio ambiente, el estilo de vida y los sistemas de asistencia sanitaria pueden ser modificados por acciones conjuntas tanto individuales como en sociedad hacia un mejoramiento de salud y por lo tanto, de calidad de vida; únicamente la biología humana no puede ser modificada o en ocasiones en menor medida.⁴²

2.2 Concepto de educación

Educación es el proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se dan durante todos los momentos de la vida del ser humano, se inicia en el nacimiento y es la familia su primera fuente de aprendizaje. La educación es un proceso continuo e interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz, generando en este último una capacidad crítica para que pueda discernir entre las opciones que se le presenten en la vida, manteniendo su propia posición.⁴⁰

Se debe considerar la gran diferencia entre educar e informar, ya que informar únicamente es enterar o dar una noticia de algo⁴³, y la información es un conjunto de mecanismos que le permiten al individuo retomar los datos de su ambiente y estructurarlos de una manera determinada de modo que le sirva como guía de acción.

En el concepto de Educación para la Salud confluyen la educación: como posibilidad de construir nuevo conocimiento y la salud: como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida.⁴⁴

Según Arce y Zamora la educación para la salud es un proceso de aprendizaje continuo, que se inicia al momento de nacer, se extiende durante toda la vida y lleva a la persona a cuidar y valorar su salud concentrándose en el proceso de fortalecimiento de la autonomía⁴⁵ mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos de manera voluntaria, evitando situaciones y comportamientos de riesgo.⁴⁰

Según la OMS es el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conductas con respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella. Esto puede considerarse de dos formas:

- Preventiva: capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo o bien, evitando sus posibles consecuencias.
- Promoción de la salud: capacitando a las poblaciones para que puedan adoptar formas de vida saludables.

Por lo tanto al individuo se le propone como un proceso de formación en dónde él se auto responsabilice en adoptar actitudes y conocimientos básicos para usarlos en la preservación de su salud y la de su entorno social.⁴²

La carta de Ottawa define la Promoción para la Salud como un proceso que consiste en brindar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Esta orientación revela 3 aspectos entrelazados de esta estrategia:

- Acción intersectorial para lograr políticas públicas saludables, además de políticas de salud pública.
- Afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud, para hacer elecciones saludables y obtener mayor control sobre su propia salud y su ambiente.
- Acción comunitaria por los cuidados a nivel local. El fortalecimiento de la participación de la población y de la dirección de los temas relacionados con la salud.⁴⁶

Con las definiciones ya establecidas se aborda la revisión de las principales patologías de la cavidad oral, para conocer la manera de actuar para su prevención.

2.3 Caries dental

Según el Dr Walter clínicamente existen 4 tipos de caries en la dentición decidua: Caries Simple, Caries de Biberón o también llamada Caries de la Infancia Temprana (CIT), Caries Severa de la Infancia Temprana (CSIT) y Caries Negligente.

La Caries Simple afecta los incisivos en sus superficies proximales, principalmente, las mesiales de los centrales superiores y las oclusales de los molares; generalmente, son pocas las lesiones y no pasan de seis.⁵

La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) define a la CIT y a la CITS como:

Caries de la Infancia Temprana es la presencia, en dientes temporales de una o más superficies cariadas (cavitados o no), dientes ausentes (debido a caries), dientes obturados, en niños de hasta 71 meses de edad o menores.^{33, 47} Fig. 4.



Fig. 4 Inicio de caries como mancha blanca.⁴⁸

Afecta todos los dientes, sin embargo, comienza en las superficies vestibulares de los incisivos superiores, afecta a los niños desde el primer año de vida y tiene en su etiología marcados componentes socio-culturales, relacionados con el amamantamiento nocturno y la ausencia de limpieza y/o cepillado.⁵

De acuerdo al criterio establecido por la A.A.P.D. en niños menores de 3 años de edad, cualquier signo de caries en una superficie lisa es

indicativo de Caries Severa de la Infancia Temprana (CSIT). Entre la edad de 3 a 5 años, la presencia de uno más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, anterior superior, es considerada como CSIT.³³ Fig. 5.



Fig. 5 Caries Severa de la Infancia Temprana.⁴⁹

La Caries Negligente es toda aquella lesión, simple o de biberón, que no recibe atención y consecuentemente, ocasiona la pérdida de la corona clínica y/o tiene compromiso pulpar.⁵

2.4 Estado Periodontal

A pesar de que las enfermedades periodontales, junto con la caries dental, son las causas principales de pérdida de dientes en los adultos, aún existe la creencia de que los niños no requieren un seguimiento de su estado periodontal. A partir de los estudios de Baer, en la década de 1970, y los aportados por otros autores en años recientes, se ha establecido la importancia que tiene mantener sanas las estructuras que conforman el periodonto de niños y adolescentes.

La AAPD sugiere utilizar el término enfermedades gingivales, ya que el concepto gingivitis no se refiere exclusivamente a una sola enfermedad, sino a un conjunto de afecciones resultantes de diferentes procesos.

En los niños las enfermedades gingivales están limitadas a la encía y pueden presentar un factor de riesgo para la periodontitis. Se inicia como

una inflamación del margen gingival, que puede extenderse hasta la encía libre y la insertada; se inflama y puede sangrar de manera espontánea o ante un estímulo leve, se producen cambios en el color, desde rojizo hasta rojo azulado, en el contorno gingival y en la consistencia, sin pérdida de las estructuras de soporte y por lo general sin dolor (fig. 6).¹



Fig. 6 Gingivitis en dentición primaria.

Varios factores condicionan la presencia y la gravedad de las enfermedades gingivales y se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Inducidas por placa bacteriana
- No inducidas por placa bacteriana ¹

En la década de los 70's, diversos estudios epidemiológicos mostraron que la gingivitis inducida por placa bacteriana es altamente prevalente en niños y adolescentes y que las formas más severas de la enfermedad, incluyendo pérdidas óseas y de inserción clínica, son relativamente raras. Es esencial que haya un diagnóstico precoz de cualquier alteración del periodonto en la infancia y adolescencia. Además, es de extrema importancia el establecimiento de programas individualizados de prevención, que permitan la rápida reversión de cuadros de inflamación gingival, así como el mantenimiento de la salud periodontal en esa etapa de la vida del individuo.

Según Bimstein, en 1991, la importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad periodontal en niños es relevante ya

que las enfermedades periodontales incipientes en niños pueden avanzar a medida que aumenta la edad.

El principal factor etiológico de la enfermedad periodontal es el acúmulo de biofilm bacteriano en la superficie dental próxima al margen gingival, de manera abundante, después de algún tiempo, presenta señales de inflamación gingival. Según Watanabe, si las bacterias periodontopatogénicas presentes en la dentición temporal en pacientes con Periodontitis Agresiva permanecen hasta o durante la erupción de los dientes permanentes, puede haber contaminación de estos últimos por dichos microorganismos.⁵⁰

El tratamiento indicado es la eliminación del biofilm bacteriano, a través de cuidados profesionales y educación del paciente para controlar los factores de riesgo que desencadenan esta patología.

Es necesario considerar que existen otros factores, presentes en las enfermedades periodontales, que, para el control de las mismas, de igual manera requieren de orientaciones por parte del profesional, es decir precisan de la educación del paciente, para su regulación.

Las enfermedades gingivales no inducidas por placa bacteriana son causadas por un microorganismo específico. Aun cuando la severidad de sus manifestaciones clínicas depende, en gran medida, de su relación con la placa bacteriana presente, estas no se resuelven después de eliminarla.

Dentro de esta clasificación están contempladas las enfermedades gingivales de origen viral, fúngico, genético y bacteriano específico, manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas y las lesiones traumáticas.¹

2.5 Maloclusiones

La caries dental, es una significativa, seria y peligrosa causa de maloclusiones, aunque no es la única.

Las maloclusiones frecuentemente, son originadas por hábitos musculares bucofaciales nocivos, atribuidos a succión no nutritiva prolongada, hábitos alimentarios inadecuados, dieta pastosa, postura anormal de la lengua y la caries, o sea, factores adquiridos después del nacimiento, sobre los cuales es posible aplicar recursos preventivos, la atención profesional, por parte del odontólogo, no se puede limitar a la manutención de la integridad dentaria, sino que también debe recaer en el monitoreo de las funciones del sistema estomatognático (succión, respiración, deglución, masticación y habla).

Las funciones realizadas correctamente estimulan el crecimiento óseo, permitiendo que el maxilar y la mandíbula tengan tamaños y relaciones adecuadas para recibir dientes saludables ubicándose con armonía en sus bases.

El riesgo de iniciar hábitos inadecuados, durante la primera infancia, es alto cuando se ofrece el chupón para calmar al bebé o se permite que éste reciba amamantamiento materno hasta los 2 o 3 años, que use el biberón hasta los 6 años y de pretexto en pretexto, se vaya contribuyendo a que los hábitos nocivos se establezcan y contribuyan a desvíos de forma y función.

Es importante que el clínico y los padres actúen no sólo evitando los factores que desvían el desarrollo, sino también estimulando el ejercicio correcto de las funciones, porque son factores que favorecen y traen beneficios para el crecimiento; de aquí la importancia de la atención precoz del bebé.

El recién nacido presenta la mandíbula retraída con relación a la base del cráneo, distalmente posicionada con relación al maxilar en torno de 3 a 5 hasta 12 mm, con el tiempo y con ejercicios funcionales originados en los movimientos ejecutados en el amamantamiento, la mandíbula deberá tener un posicionamiento anterior buscando al maxilar para establecer una relación de tope, la que se extiende hasta la época de erupción de los incisivos (fig. 7).⁵¹



Fig. 7 A. Retrusión mandibular en el recién nacido. B. Relación entre el maxilar y la mandíbula del bebé con 5 meses de edad.

Es importante que los incisivos inferiores y superiores erupcionen en bases óseas bien relacionadas para que se establezca una adecuada guía incisal decidua, relación de molares, guía canina y correcto patrón oclusal.

La ejecución correcta del acto de amamantar, prevé en gran medida que se establezcan maloclusiones. Pero debe asegurarse que todos los elementos que intervienen en “el acto de amamantar” (lengua, rodetes, pezón, labios, etc.) funcionen de manera adecuada;



Fig. 8 Amamantamiento en posición ortostática.

también es importante considerar que en ocasiones, aunque la madre quiera alimentar naturalmente a su hijo es obligada a recurrir al amamantamiento artificial, el cual debe de cumplir ciertos requisitos para que sea favorable, sin olvidar el uso racional del chupón y la disciplina alimentaria

que se debe seguir, todo esto se describe en el capítulo siguiente (fig. 8).
10, 51

3. PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA EL BEBÉ

Como se ha mencionado en el primer capítulo, la Odontología actual define un perfil profesional enfocado tanto a aspectos restaurativos como preventivos de las enfermedades y enfoques predictivos para la identificación de factores de riesgo, que finalmente son participes del inicio y progresión de las enfermedades que más afectan a la población mundial.¹⁷

La caries dental involucra un desequilibrio de las interacciones moleculares normales entre la superficie, subsuperficie del diente y el biofilm microbiano adyacente. Este desequilibrio se manifiesta en un cierto plazo como desmineralización acumulativa del diente, que si no se revierte, tiene el potencial de producir una cavitación en el esmalte y consecutivamente un daño colateral a la dentina y a la pulpa culminando con la destrucción localizada de los tejidos duros del diente.²⁶

Se ha comprobado, con la aplicación de diversos Programas de Educación para la Salud, que la caries es una enfermedad altamente prevenible si se utilizan las medidas de prevención adecuadamente y se educa a la población para que acuda a los servicios odontológicos.¹⁸ Algunos ejemplos de Métodos de Educación para la Salud son: teorías de modificación del comportamiento, modelo informativo, el modelo Precede-Procede, entre otros; particularmente para este trabajo, el método que se propone como estrategia es el Plan de atención odontológica en el primer año de vida “Programa de Odontología para él bebe” del Dr. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter.⁵²

De la aplicación del concepto de atención odontológica a bebés nació la Bebé Clínica en la Universidad Estatal de Londrina (UEL), la cual inicio sus actividades en 1985 con el apoyo de la Financiadora de Estudios y Proyectos del Ministerio de Ciencia y Tecnología (FINEP); hoy “Núcleo de Odontología para Bebés” uno de los centros más avanzados en el estudio y práctica de la Odontología para Bebés en Brasil.⁵

La meta del “Plan de Atención Odontológica en el primer año de vida” o “Programa de Odontología para el bebé” ha sido la reducción de la caries dental en la población infantil, con la colaboración permanente de los padres, incluyendo a los bebés como población blanco, idea sobre la cual tendrán impacto las acciones de educación-prevención, garantizando la permanencia de una dentición sana, incluyendo la dentición permanente.

Es importante resaltar que en el programa se deben incluir: a la mujer en cualquier etapa de su vida, a la gestante, a los niños sanos, con el correspondiente riesgo a enfermar, así como involucrar incluso a la población infantil cuya primera dentición presente caries. El reto para el odontólogo y los padres de esta población es aún mayor, debido a que habrá de devolverles la salud oral, utilizando los materiales para restauración que se requieran según cada caso y, al mismo tiempo, incluirlos en cada una de las etapas que constituyen el programa para obtener los mismos objetivos que se plantean con la población sana.⁴

El objetivo general del “Programa de Odontología para él bebé” es alcanzar cambios conceptuales fundamentado en que la educación genera prevención y la prevención genera educación, por lo tanto se pretende educar y concientizar a la población para la atención precoz y preservación de la salud oral, que garantizará la salud en general y mejor calidad de vida presente y futura.^{4, 10}

Esto se puede cumplir creando técnicas de abordaje para niños de hasta 12 meses de edad para realizar las terapias preventivas y curativas y

desarrollar técnicas de seguimiento para los niños de hasta 30 meses de edad, extender los métodos desarrollados para el sistema de salud pública y entrenar al personal para las tareas educativas, preventivas y curativas primarias.⁵

La Odontología para bebés ha demostrado resultados altamente significativos ya que cuando la Bebé Clínica inició sus actividades en la UEL, en 1985, el 78% de la población infantil que acudía, requería de tratamientos restaurativos, mientras que sólo el 22% se presentaba con los padres de familia para recibir orientación. Para 1990, la reducción en las necesidades de tratamientos restaurativos fue dramática: 12% frente al 88% de bebés y niños libres de caries para citas de revisión y orientación (Fig. 9). A finales de 1999, el 96% de la población acudía por un servicio de orientación y guía para conservar sanos los dientes de bebés y niños pequeños y sólo el 4% requería algún tratamiento de tipo restaurativo,⁴ logrando cumplir la meta de Salud para todos en el año 2000.

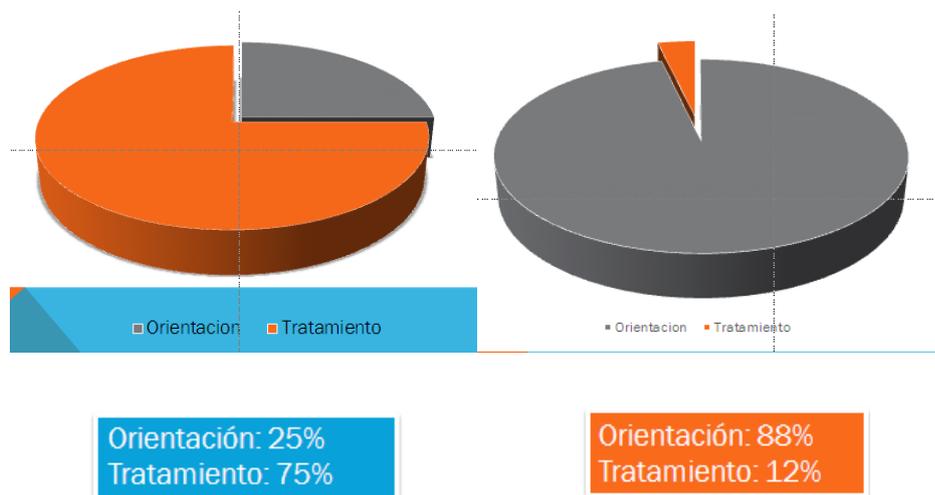


Fig. 9 Comparación de las necesidades de atención en la UEL de 1985 a 1990. Fuente directa

Pero ¿A qué se debe que este programa sea tan exitoso?, se debe al sustento de sus principios ya que, en 1997 y 1988 la UEL realizó los primeros Encuentros Nacionales de Odontología para Bebés, donde se

consolido creando sus directrices y fundamentos de trabajo, los cuales son: filosóficas, educativas y clínicas.

Las filosóficas determinan los fundamentos que, en resumen, indican:

- Atención temprana oportuna; la primera consulta debe realizarse entre el 4to y 6to meses de vida.¹

Si enfocamos la práctica de la odontología desde un punto de vista predominantemente preventivo, el momento ideal para que el paciente acuda al consultorio es cuando se encuentre libre de caries y enfermedad, de esta forma, el C.D. hará todos los esfuerzos posibles para que el padre aprenda lo que debe de realizar para preservar la salud oral de su hijo/a.¹⁰

- Mantenimiento de la salud antes de la prevención de las enfermedades.¹

Proveer al paciente de la educación y la motivación necesaria para mantener su propia salud así como la de su familia.¹⁰

- Trabajar siempre con el riesgo de caries, en el que se incorpore como posibilidad que el bebé pueda adquirir caries.¹

Si tomamos en cuenta de que “todo deber implica un derecho y todo derecho implica un deber”, se puede afirmar que si una madre tiene “todo el derecho” de criar a su bebé de la forma que ella crea conveniente, también está, al mismo tiempo, “en el deber” de velar que esa forma no sea perjudicial para la salud del mismo.¹⁰

- Educación para prevenir, dentro del principio de la co-participación profesional-padres.

Con respecto a los profesionales no solo refiriéndonos a los odontólogos, sino resaltando la importancia de los pediatras en la educación de ida y vuelta, enseñando y aprendiendo, más aún

porque son los primeros en ver a los bebés y tienen la gran oportunidad de orientar a los padres.¹

En su componente preventivo esta filosofía de práctica preconiza la remoción del biofilm dentario, el uso racional de fluoruros y de carioestáticos.

Las directrices educativas se relacionan con todo el proceso de educación para la salud, con base en la concientización, las cuales se dirigen a la población (el foco es el binomio madre-mujer), a profesionales de la salud (odontólogos y médicos pediatras) y al gobierno, con la finalidad de difundir la idea del autocuidado y la autorresponsabilidad respecto a su propia salud y mostrar la importancia de la promoción de la salud, pues al identificar y controlar los Factores de Riesgo disminuye la posibilidad de adquirir la enfermedad.¹

La educación tiene como fin lograr un cambio prolongado y positivo en la conducta por medio del aprendizaje de algún hecho, que siendo aprendido, puede ser ejecutado y utilizado para formar nuevos conocimientos.¹⁰

El C.D., para cumplir esta directriz educativa, debe motivarlos a incrementar la prevención para evitar enfermedades, logrando que reflexionen que ésto, es más importante que una exitosa y bella rehabilitación, enfatizando que las primeras acciones son de bajo costo y alta eficacia, en consecuencia, promueven la salud y la segunda es de alto costo y simplemente restaura la salud de forma temporal.¹

Si partimos de la premisa de que “la educación genera prevención”, entonces esperaríamos que el cambio de actitud hacia la educación generara poblaciones de individuos sanos, disminuyendo por ello los indicadores de enfermedad. Esta nueva actitud ayudaría a que los escasos recursos de los estados y comunidades, sean mejor invertidos.

El objetivo de esta directriz educativa es crear una manera diferente de pensar y de actuar del profesional odontólogo y brindar a los padres una justificación de la misma en el Programa de odontología para el bebé; al comprender que una herramienta, como lo es la educación y el compromiso logran cambiar hábitos perjudiciales para la salud del bebé.¹⁰

Las directrices clínicas se dirigen a los odontólogos y a los padres para obtener una atención co-participativa y solidaria. En estas directrices se establecen todos los procedimientos a llevar a cabo en el consultorio y en el hogar.¹

Las técnicas restauradoras contemporáneas tienen entre sus fundamentos básicos los conceptos de Mínima Intervención, el uso de materiales restauradores adhesivos y el control de las lesiones incipientes; logrando así, la preservación máxima de la estructura dental sana.¹⁰

El uso de materiales restauradores en la dentición primaria se fundamenta en la necesidad de adecuar el medio oral (inactivación de caries) para su posterior restablecimiento de la función y estética al niño pequeño.

Es preciso considerar siempre que el riesgo es dinámico y por lo tanto, se necesitan revaloraciones periódicas.

La Odontología para el Bebé es un programa estandarizado y dirigido a realizar métodos educativos para prevenir el desarrollo no solamente de caries sino también de enfermedad periodontal y maloclusiones, realizando tratamientos específicos individualizados en la primera infancia⁵³ y por lo tanto se divide en 4 etapas.

El cumplimiento estricto de cada etapa originará la obtención de la meta establecida, esclareciendo nuevamente el por qué ha tenido éxito.

3.1 Primera etapa “Orientación y educación a los padres”

Durante esta etapa, se establece el primer contacto con los padres de los bebés que se pretenden incluir en el programa de atención.

Se explicarán los objetivos y metas que se persiguen y de manera muy general, se expone en qué consiste el Programa de Odontología para Bebés.⁴

La sesión de orientación debe organizarse en un tiempo máximo de 15 minutos de duración y en esta actividad, de preferencia, el bebé no debe comparecer para que los padres se concentren en la información que recibirá. En esta sesión se deberán esclarecer dudas que probablemente tienen los padres, es importante, que el lenguaje empleado este contextualizado, de acuerdo a las características de cada caso, para una mayor comprensión y se reforzará el aprendizaje a través de preguntas dirigidas a los padres por parte del C.D.

Esta orientación inicial puede llevarse a cabo de forma grupal o de forma individual y se debe concientizar a los adultos sobre las necesidades odontológicas, motivarlos para entenderlas y aprender a controlarlas aplicando medidas preventivas en casa desde el nacimiento de su bebé.

Actualmente el programa sugiere que la orientación comience durante la gestación (prenatal odontológico), en esta etapa que, la mujer está viviendo, se facilita la aceptación de la información brindada; es en este contexto que el C.D. debe orientar de forma adecuada, si es posible a la pareja y a la familia de la gestante, las medidas necesarias para el mantenimiento de la salud bucal del bebé y de ellas mismas, así como desmitificar creencias (fig. 10)^{4, 50} además de explicar sobre el momento de la odontogénesis. Fig. 11.

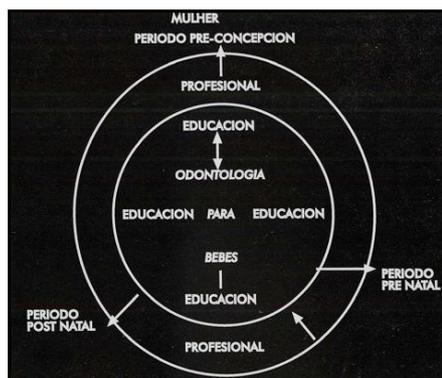


Fig. 10 Esquema del prenatal odontológico.



Fig. 11 Gestante interesada por su salud oral.⁵⁴

Aclarar sobre el momento del inicio de la erupción dental, hasta el establecimiento de la oclusión de la primera dentición contemplando aquellos elementos que la favorecen como lo son: posturas adecuadas durante el amamantamiento, el uso de estimuladores y productos para disminuir las molestias, por procesos inflamatorios presentes en esta etapa.⁴ Fig. 12.

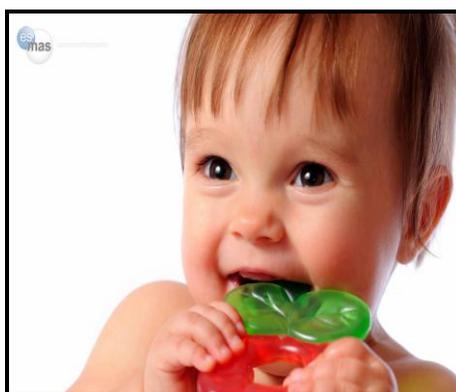


Fig. 12 Mordedera para disminuir las molestias.⁵⁵

Es imprescindible concientizar a la gestante o a los adultos encargados, sobre los efectos que pueden ocasionar el que ellos estén cursando por enfermedades orales, así como las consecuencias que pueden tener en la salud oral de su bebé. (ventana de infectividad).

Se explicarán los conceptos de amamantamiento, lactancia artificial, succión no nutritiva y movimientos masticatorios, enfocados al correcto crecimiento y desarrollo de las estructuras óseas y dentales del bebé.

Recordarle a los padres que la leche materna es muy importante en el primer año de vida, tanto para la salud general del bebé, como a la realización de ejercicios funcionales, de la lengua, los labios y los carrillos, que se realizan durante el amamantamiento, así como la disposición de músculos, los cuales trabajan con la finalidad de estimular el crecimiento y desarrollo óseo que influyen en la forma de la cara y en la armonía de los dientes (fig. 13).¹⁰



Fig. 13 Realización de ejercicios musculares.

Si por múltiples razones el bebé no puede ser alimentado con leche materna, se debe explicar el uso adecuado del biberón, así como las consecuencias de su uso, como pueden ser: la inquietud del bebé por insatisfacción de succión o, con el transcurrir del tiempo, una



conformación incorrecta del arco por deglución atípica.⁵¹
Fig.14.

Fig. 14 Uso inadecuado del biberón.⁵⁶

Esta etapa cumple con la promoción del autocuidado y autoresponsabilidad, mencionado por la OMS y por la NOM 013 SSA2 2015, además de cumplir con la capacitación de los cuidadores acerca del desarrollo y cuidados del bebé y promover en las gestantes la consulta dental desde el 1er mes de vida mencionado en esta misma NOM.

3.2 Segunda etapa: “Exploración de bebés y niños durante la primera infancia”

La primera infancia incluye a bebés y niños pequeños, de entre 0 y 3 años de edad; una ventaja del programa es que las sesiones, de niños de entre 4 y 6 meses de edad, se realizarán durante periodos muy cortos, serán simples y no invasivas y los padres permanecerán con los bebés todo el tiempo.

Primero se deberán obtener los datos personales del paciente, que se registrarán en una Historia Clínica, así como otros datos que orientarán al C.D. para establecer un diagnóstico y plan de tratamiento.⁴

El Dr. Walter recomienda la recopilación de los siguientes datos:

- Información sobre la etapa de gestación, nacimiento e infancia.
- Amamantamiento, alimentación diurna y nocturna y uso de endulzantes.
- Inicio, frecuencia y técnica de higiene diurna y nocturna.
- Evaluación de las estructuras orales y dentales.

Posterior a la recopilación de esta información, se comenzará a realizar la inspección del bebé en presencia de los padres, siendo necesario que se establezca una relación de empatía y confianza entre el profesional y el paciente.

Se comenzará realizando la exploración de la cavidad oral del bebé en el regazo de la madre o el padre Fig. 15, mostrándole las estructuras anatómicas normales (fig. 16 y 17), para que ellos conozcan las entidades que lo constituyen y de esta manera aprendan a reconocer aquello que sale de la normalidad (fig. 18) y acudan oportunamente a recibir atención preventiva.^{4,5,51.}



Fig. 15 Posición Rodilla-Rodilla.⁵⁷



Fig. 16 "Sucking pad."

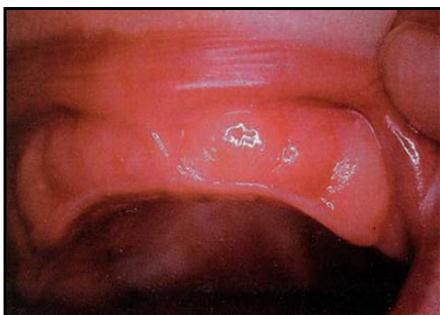


Fig. 17 Cordón fibroso de Robin y Magitot y segmentos verticales.



Fig. 18 Nódulos de Bohn,

En esta etapa también, se llevará a cabo la Identificación de los factores de riesgo a caries, para poder ubicar al bebé en uno de los 3 grupos de riesgo (bajo, medio o alto), lo que determinará la terapéutica a emplear.

Según Walter habrán de valorarse los siguientes factores:

1. Alimentación/ Amamantamiento nocturno: este puede ser a libre demanda antes de los 6 meses de edad, pero para el inicio de la erupción dental se debe controlar, hasta erradicar su consumo, ya que puede ocasionar lesiones cariosas.

Se debe recalcar la importancia de evitar la alimentación con biberón durante la noche, ya que en la noche disminuye el flujo salival y el reflejo de deglución, por lo que el líquido endulzado permanecerá durante varias horas en contacto con los dientes, provocando desmineralización y posteriormente destrucción de las estructuras dentarias.

La alimentación/ amamantamiento nocturno aunado a una falta de higiene aumenta el riesgo a 270% de desarrollar caries dental.⁵³

Fig. 19.



Fig. 19 Alimentación y sueño.¹⁰

2. Control mecánico del biofilm (higiene): El biofilm no puede ser eliminado de la superficie dental si no se rompe su enlace con ésta y la separación solo se logra friccionando la superficie dental en forma constante con una herramienta adecuada.

Podestá clasifica en 3 períodos la higienización en bebés:

- Período de la Membrana Mucosa Bucal (nacimiento-antes de la erupción del primer diente primario), la limpieza se realiza con gasa estéril y agua a temperatura ambiente, previamente hervida (fig.20).¹⁰



Fig. 20 Limpieza oral con gasa.

Con esta limpieza se consigue que el bebé se acostumbre a la manipulación de su cavidad oral y a sentirse limpio y fresco.

- Período de Tejidos Dentarios Duros Lisos: (erupción del primer diente primario con superficies lisas-primer diente primario con fosas y fisuras), se recomienda el uso de gasa y peróxido de hidrógeno de 10 vol. (al 3%), diluida $\frac{1}{4}$ en agua.
- Período de Tejidos Dentarios Duros con Fosas y Fisuras: (erupción del primer molar primario), se divide en 2 etapas según el uso de pasta dental con flúor y la capacidad del infante de retener a voluntad líquidos en la boca.

En la primera etapa es indicado el uso únicamente de cepillo dental con dilución de peróxido de hidrógeno de 10 vol. (al 3%), diluida $\frac{1}{4}$ en agua y en la segunda etapa es indicado el uso de cepillo dental con pasta dental con flúor (<600 ppm en niños menores de 7 años), dos veces al día (fig. 21).¹⁰

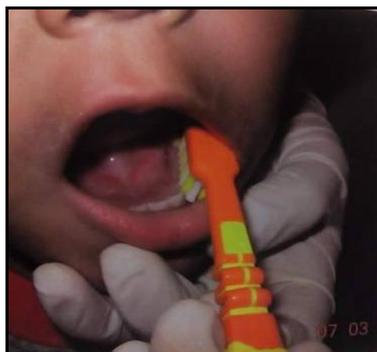


Fig. 21 Cepillado de superficies oclusales.

3. Defectos congénitos: Es importante enfatizar las anomalías de la estructura del esmalte, como los defectos de hipoplasia e hipomineralización, ya que son más susceptibles al ataque ácido de bacterias cariogénicas, aunado a la falta de higiene bucal.⁴ Fig. 22.



Fig. 22⁵⁸ Hipoplasia del esmalte.

4. Consumo de carbohidratos: estos son alimentos ofrecidos comúnmente a los niños en la 1ra infancia, como significado de afecto, amor o solo para tranquilizarlos. Algunas madres tiene el mal hábito de endulzar el biberón antes de ofrecerlo al bebé, ya sea con leche o con otro tipo de bebidas. Estos alimentos en su gran mayoría son de consistencia pegajosa, o fermentables, lo que garantiza su adhesividad a la superficie del diente, encía y lengua. Otro factor importante es la frecuencia con que esos alimentos son ingeridos, y por cuánto tiempo permanecen en la boca del bebé, sin ningún tipo de higiene posterior.⁵⁰
5. Sistema de abastecimiento de Fluór: se debe indagar sobre la concentración de flúor en el consumo de alimentos del bebé, recordado que los alimentos que el consume tienen una concentración muy baja y casi ninguno consume agua proveniente del grifo. Debido a esto, se indicará la aplicación de fluoruro tópico desde la aparición del primer diente, en casa se aplicará en una concentración de 0.02% y en las sesiones de seguimiento-reforzamiento por parte del C.D. en una concentración del 0.2%.

6. Transmisibilidad: se debe concientizar a la madre, que si ella misma presenta alguna enfermedad ya sea caries dental o enfermedad periodontal, el bebé corre el riesgo de sufrir contaminación. La CIT se relaciona con la Ventana de Infectividad, en dos momentos cruciales en la vida del bebé, el primero entre los 6 a los 24 meses de edad y después entre los 7 y 12 años de edad. Entre ambos periodos existen dos formas de transmisión:
- Directa: se lleva a cabo por la saliva a través de besos en las manos y en la boca de los bebés, principalmente por medio de la mamá y familiares.
 - Indirecta: se lleva a cabo por medio de utensilios que han entrado en contacto con bocas contaminadas, incluso con el soplar alimentos del bebé aumentan un 70% el riesgo a caries.⁴ Fig. 23.



Fig. 23 Transmisibilidad indirecta por parte del adulto encargado del cuidado de la niña.⁵⁹

Después de la inspección del bebé y la identificación de estos factores de riesgo, se orientará la manera de actuar en la etapa siguiente.

Con la Segunda Etapa se da cumplimiento al Art. 27 de la Ley General de salud, proporcionando como servicios básicos de salud la prevención y control de enfermedades orales, se cumple con la NOM 013 SSA2 2015 con referencia a tener un enfoque basado en identificación de factores de riesgo para prevenir enfermedades orales y con ello preservar la salud oral; también cumple con la NOM 031 SSA2 1999 obedeciendo la

obligación de capacitar a la madre para reducir la posibilidad de que el niño enferme.

3.3 Tercera etapa: “Atención bucal preventiva y restauradora”

La determinación del riesgo se medirá según la presencia o ausencia de los factores de riesgo antes mencionados: riesgo bajo (6 factores positivos), riesgo medio (3 factores positivos y 3 negativos) y riesgo alto (6 factores negativos).

En esta etapa se cuantifican los Factores de Riesgo para determinar el riesgo a caries que tienen los niños con presencia de dientes sin caries dental, para llevar a cabo el tratamiento preventivo.⁵³ Tabla 2.

Tabla 2 tratamiento preventivo según el riesgo.^{5, 53}

| Riesgo bajo | Riesgo medio y alto |
|---|--|
| <p>Tratamiento casero: limpieza diaria con agua oxigenada (10 vol.) diluida $\frac{1}{4}$ con agua potable, seguido de la aplicación de 4 gotas de fluoruro de sodio tópico al 0.02% con un hisopo.</p> <p>Tratamiento clínico: control bimestral con profilaxia y aplicación de fluoruro de sodio tópico al 0.2%. Inicialmente la profilaxia se realizará con gasa y con la erupción del primer molar deciduo con cepillos de Robinson.</p> | <p>Tratamiento casero: mantener al niño en riesgo bajo eliminando y controlando factores de riesgo.</p> <p>Limpieza dental antes de dormir, 30 segundos para cada arco y aplicación de fluoruro de sodio tópico al 0.02%.</p> <p>Tratamiento clínico “de choque”</p> <p>Consta de 4 sesiones y está destinado a aumentar la resistencia de la estructura dental y disminuir la microbiota cariogénica. Se realizara la profilaxia con pasta libre de flúor y cepillo de Robinson, se eliminarán los restos de pasta con una gasa impregnada de</p> |

Continúa...

clorhexidina y posteriormente se colocará fluoruro de sodio tópico al 0.02% en superficies lisas y Fluoruro de diamino plata al 38% en caras oclusales de molares (se debe informar a los padres sobre las ventajas y desventajas de este fluoruro). Fig. 24 y 25.



Fig. 24 Aplicación de Fluoruro de Sodio en barniz.¹⁰



Fig. 25 Aplicación de Fluoruro de Diamino Plata. A. Antes de la aplicación, B. Después de la aplicación.⁵

El tratamiento para niños con dientes y con presencia de dolor, inflamación y procesos infecciosos para incluirlos rápidamente al protocolo de prevención del programa, se realizará en 3 niveles:

- Curativo primario: comprende las acciones de obturación en masa de cavidades o adaptación al medio bucal. Estos procedimientos son realizados con la remoción parcial de tejido cariado y su

obturación con cementos basados en óxido de zinc y eugenol, además de ionómero de vidrio.

Esta adaptación al medio bucal se define como el conjunto de procedimientos para disminuir los niveles de la microbiota cariogénica, eliminar focos de infección y estabilizar la actividad de la caries, facilitando a la cavidad oral para recibir el tratamiento restaurador o rehabilitador; es decir el óxido de zinc y eugenol disminuyen las bacterias cariogénicas y el ionómero de vidrio favorece la remineralización del tejido, reduciendo la posibilidad de un tratamiento de terapéutica pulpar (fig. 26).⁵



Fig. 26 Restauración temporal con cemento de ionómero.

- Curativo secundario o especializado: es realizado para la resolución específica del problema del niño. Incluye toda la operatoria, endodoncia, prótesis, cirugía, etc.
- Curativo de emergencia: es destinado a la resolución de problemas originados de manera inesperada.⁵

Para terminar esta etapa se deberán reforzar las recomendaciones nutrimentales, aconsejando el establecer horarios específicos para el consumo de golosinas, recordando que la frecuencia de carbohidratos al día representa un mayor riesgo para la presencia de caries, que el tipo de alimento, por lo cual se recomienda facilitarlos únicamente una vez al día,

lo más cercano al momento de la cena e inmediatamente después realizar las maniobras de higiene bucodental y así el niño dormirá con los dientes perfectamente aseados.⁴

El C.D. podrá comunicar situaciones que se esperan durante el desarrollo del programa aquí se explica la evolución del comportamiento del bebé, aconsejando a los padres a perseverar en el cumplimiento de las orientaciones brindadas, aunque el bebé presente resistencia a las maniobras de higiene por parte de los adultos.⁵⁰

En la Tercera Etapa se cumple con la necesidad establecida en la NOM 013 SSA2 2015, de preparar al niño para formar hábitos con el fin de preservar y mejorar la salud oral, al igual que con las determinadas en la NOM 009 SSA2 1993, donde se menciona que el personal de salud debe orientar acciones educativas que promueva el fortalecimiento, modificación y desarrollo de hábitos, conductas y actitudes sanas en base a programas bien establecidos.

3.4 Cuarta etapa: “Reforzamiento y seguimiento”

Básicamente la última etapa del programa, consiste en que el C.D. debe valorar y evaluar todo lo aprendido o lo que aún no consiguen dominar, tanto él como los padres del bebé, recordando el tratamiento, el cual es individualizado y el C.D. no puede dar las mismas sugerencias a todos los pacientes que integran el programa.⁴

Como elementos indispensables en un programa odontológico para el mantenimiento de la salud oral, la educación del paciente y la acción conjunta del profesional, deben estar presentes, con esto, se obtendrá la disminución de la prevalencia de la caries dental.⁵⁰

Por lo recopilado en las etapas anteriores, el C.D. debe educar a los padres para favorecer que comprendan y analicen los factores de riesgo encontrados en sus bebés y habrá de establecer la motivación para que puedan llevar a cabo las recomendaciones pertinentes antes, durante y después de cada sesión, consiguiendo con ello el “compliance”, el cual es un cambio observable en los padres en cada revisión, en donde se hace notar el interés de aprender, demostrar cambios en el control de factores de riesgo y abandono de hábitos nocivos para la salud del bebé.

Las sesiones de seguimiento dependen de la edad, las necesidades odontológicas y el riesgo en que se encuentre cada paciente, los bebés de entre 4 y 6 meses de edad deben acudir cada 3 meses hasta los 3 años, después de ésta edad las sesiones serán cada 6 meses hasta los 6 años de edad, o según sea el riesgo a adquirir la enfermedad, garantizando la adquisición de hábitos y actitudes necesarias para preservar la salud oral y evitar la aparición de caries en la segunda dentición.

Antes de comenzar cada sesión, se debe dar un espacio para permitir que los padres comenten sus dudas acerca de los procedimientos que debieron realizar en casa entre cada sesión. Posteriormente deben mostrar al C.D cómo realizaron las maniobras de higiene enseñadas previamente, directamente en el paciente, y éste corregirá los errores detectados.⁴ Fig. 27.

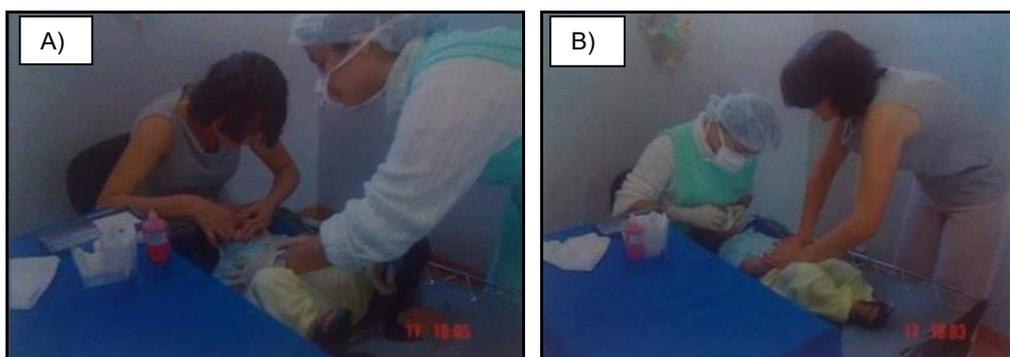


Fig. 27. A) La madre realiza la limpieza. B) El C.D. corrige fallas.¹

De esta manera se llevan a cabo las sesiones de seguimiento sin apartarse del objetivo de promover una odontología educativa.⁵³

Según la Dra. Lea Ased Bezzera, el comportamiento aprendido en los primeros años se asimila de manera profunda y es resistente a los cambios; intentar cambiar un comportamiento en un estadio tardío presenta un índice pequeño de éxito.

El compromiso que representa este programa, es compartido entre el C.D. y los padres, además debe ser reforzado para alcanzar un cambio de actitud que permita el cumplimiento estricto de las cuatro etapas, solo así se logrará una influencia positiva sobre el mantenimiento de la salud oral, así como, erradicar la caries en generaciones futuras.⁴

Para lograr estos resultados, es necesario que se motive a los profesionales por la necesidad de mejorar conseguir la promoción y educación de la salud oral.⁹

Con la Cuarta Etapa, se lleva a cabo el cumplimiento obligatorio de acciones de promoción de la salud y prevención en cada cita con base en Factores de Riesgo, requerido por la NOM 013 SSA2 2015 y se cumple el concepto de Educación para la Salud, provocando un aprendizaje continuo, tanto en los padres como en el bebé, que se extenderá durante toda la vida y llevará a la persona a cuidar y valorar su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos de manera voluntaria.

Por último se estarán cumpliendo las metas de la FDI para el 2020, asumiendo un papel protagónico al identificar las causas y soluciones de la creciente demanda de atención odontológica.

CONCLUSIONES

El Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de conocer la normatividad que regula a los servicios profesionales que prestan su atención a la sociedad, así como la prevalencia de las principales patologías orales.

El egresado de la carrera de odontología, al aplicar programas de Educación para la Salud, contribuye a la preservación de la salud oral de las pacientes, dichos programas deben cumplir con la normatividad establecida para su aplicación.

Es importante que exista un equilibrio entre las habilidades adquiridas por el profesional para prevenir y rehabilitar y con ello alcanzar lo sugerido por las normas nacionales y los organismos internacionales.

El programa de Odontología para el bebé del Dr. Walter, ha demostrado su eficacia en la preservación de la salud oral en menores de 5 años, por más de tres décadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biondi A.M., Cortese S.G. Odontopediatría: Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Bolivia: Alfaomega Grupo Editor, 2011. 293-300 Pp.
2. Figueiredo L.R., Ferelle A. Bebé Clínica de la Universidad Estadual de Londrina: Un Resumen Histórico. Rev. ALOP 2013; 3: 77-82
3. Figueiredo L.R. Una filosofía necesaria en la práctica odontopediátrica. Rev. Dental Tribune 2013,10:5-6
4. Figueroa Y., Enriquez G., Vera D.L., Hernández B.E. Odontología Pediátrica Actual. España: Master Books, 2015. Pp. 77-114.
5. Figueiredo L. R., Ferelle A., Issao M. Odontología para el bebé. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Brasil: AMOLCA, 2000.
6. Cancado M. López M.C. La clínica Odontológica del bebé integrado a un servicio de salud. Rev. Arch Pediatr 2008, 79.
7. Fig. 1-Constant R.B. El baby clínica, Bebé Clínica Universidad Estatal de Londrina. Hallado en: <http://pessoal.sercomtel.com.br/bebeclinica/>
8. Ciccalé A. Barrios Z. La clínica del bebé: una alternativa de salud buco dental en la atención primaria. Una revisión. Rev. MedULA 2011, 20: 88-95
9. Guillen C. Huapaya O. Loayza R. Odontología para el bebé: modelo de atención en salud pública. Rev Odontología Sammarquina 2004, 8: 32-40
10. Podestá M.E., Arellano C. Odontología para Bebés Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. España: Ripano, 2013.
11. Abre UAM clínica de Odontología para el bebé, primera en su tipo en el país, Boletines UAM, Hallado en:

<http://www.comunicacionsocial.uam.mx/boletinesuam/499-16.html>

12. Comité de plática odontológica. Declaración de principios de la FDI. Bangkok: 2015. Federación Odontológica Latinoamericana. Hallado en: http://folalaro.com/folawp/?page_id=107
13. UNAM, Facultad de Odontología [página de internet]. México: Perfil de egreso vigente.
14. Sánchez R.M., Sánchez R.A., Verdugo R.J., Montaña M.L. ¿Ha perdido la profesión odontológica la batalla contra la caries dental o ha perdido el rumbo? Análisis de la situación en México, Univ. Odontol. 2012; 31(66): 33-40.
15. UNAM, Facultad de Odontología. [página de internet]. México: Programa de Estudios Educación para la salud bucal (plan anterior 2014-2015). Disponible en: http://www.odonto.unam.mx/pdfs/educacion_def_183.pdf
16. Montaña M.L., Sánchez R.M., Sánchez R.A. Análisis de la situación odontológica en México, desde la formación, el ejercicio profesional y el control de las enfermedades bucales más frecuentes. Rev RIDE 2013; 10.
17. Zerón A. Visión profesional de las competencias en la odontología del Siglo XXI. Rev. ADM 2011; 68 (2): 60-66.
18. Luengas M.I. Tendencias en el desarrollo de la práctica odontológica en México. Rev. ADM 2000; 57: 12-18.
19. Salud ambiental con posterioridad a los desastres naturales. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1982. Hallado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsade/e/fulltext/ambiental/ambienta l.pdf>
20. Álvarez R. Educación para la Salud. Cd México: Editorial El Manual Moderno, 1995. Pp 60-62.
21. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión: México. Última reforma publicada DOF 27-01-2017.

- Hallado en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf
22. Norma Oficial Mexicana, NOM 013-SSA2-2015, Para la prevención y control de las enfermedades bucales.
 23. Norma Oficial Mexicana, NOM 031-SSA2-1999, Para la Atención a la salud del niño.
 24. Norma Oficial Mexicana, NOM 009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.
 25. Carta de los Derechos Generales de los Cirujanos Dentistas. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Hallado en:
<http://www.aguascalientes.gob.mx/Coesamed/pdf/Cartadentistas.pdf>
 26. Medina C., Maupomé G., Avila L., Pérez R., Pelcastre B., Pontigo A. Política de Salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed 2006; 17: 269-286.
 27. Maupomé G. Preparación de los dentistas de mañana, de acuerdo con las necesidades de hoy. Salud Pública de México 2000; 42: 178-180.
 28. Novelo V., Hernández F., Gómez E., Panorama de la profesión de la odontología en México 1970-2012. Rev. CONAMED 2013; 18: 4-13.
 29. Visión 2020 de la FDI Llevar al Mundo hacia una Salud Bucodental Óptima. Hallado en: www.fdiworldental.org/library
 30. Hernández B.E., Pérez A. Evaluación formativa en el proceso educativo del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. [Tesis]. México: Universidad Latina; 2016.
 31. Picardo O. Diccionario Pedagógico. San Salvador: Colegio García Flamenco, 2005. Pp. 18.

32. Catala M. La caries dental, una enfermedad que se puede prevenir. Asociación Española de Pediatría. Hallado en: <http://www.apcontinuada.com/es/la-caries-dental-una-enfermedad/articulo/90332727/>
33. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2009, (SIVEPAB). Secretaría de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud: 2010.
34. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2010, (SIVEPAB). Secretaría de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud: 2011.
35. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2011, (SIVEPAB). Secretaría de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud: 2012.
36. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2012, (SIVEPAB). Secretaría de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud: 2013.
37. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2013, (SIVEPAB). Secretaría de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud: 2014.
38. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2014, (SIVEPAB). Secretaría de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud: 2015.
39. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe final de resultados. Instituto Nacional de Salud Pública. 11.
40. Inocente M., Pachas F. M. Educación para la Salud en Odontología. Rev. Estomatológica Herediana 2012; 22: 232-241.
41. Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Bucal. Secretaria de Salud. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud. México: 2008.

42. San Juan I. Estrategias de educación para la salud dirigidas a familias que asisten a las clínicas periféricas. [tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología; 2007.
43. Real Academia Española. Hallado en: <http://dle.rae.es/?id=LY5PzSO>
44. Fuente J., Sifuentes M., Nieto M. Promoción y educación para la salud en odontología. México: Editorial Manual Moderno, 2014 Pp.61-90.
45. Bélanger P. Promoción de la salud y educación de adultos para la salud. UNESCO 1999; 1-18.
46. Crespo M., De la Caridad Y., Laffita Y. Promoción de salud bucodental de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN 2009; 13.
47. García M. Prevalencia de caries de la Infancia Temprana relaciona a los hábitos de higiene bucodental [tesis]. Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatan: Facultad de Odontología; 2010.
48. Martínez M. Lactancia Materna. Mónica Martínez, Odontopediatra. Hallado en: <http://martinezleon.es/lactancia-materna/>
49. Galván L. Caries temprana en niños. Galvánlobo. Hallado en: <http://clinicadentalgalvanlobo.com/caries-temprana-en-ninos/>
50. Bezerra L.A. Tratado de Odontopediatría. Tomo 2. Colombia: AMOLCA, 2008. Pp. 787-810.
51. Correa M. Odontopediatría en la Primera Infancia. Brasil: Santos Editora, 2009.
52. Cuenca E. Odontología Preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ra ed. España: Masson. S.A., 2005. Pp. 451-469.
53. UNAM Facultad de Odontología [página de internet] Educación Continua "Programa de Odontología para el bebé" Dra. Blanca

- E. Hernández R. Hallado en:
https://www.facebook.com/pg/FacultadOdontologia/videos/?ref=page_internal
54. Salud bucal en el embarazo, DENT IMPLANT. Hallado en:
<http://www.dentimplant.cl/salud-bucal-en-el-embarazo/>
55. Como cuidar los dientes de tu bebé, Televisa. Hallado en:
<http://estilodevida.televisa.com/maternidad/fotos/mama-dientes-bebe-cepillar-encias-pasta-cuidar-primer-cepillo-dentista-edad-como/40520/>
56. El atragantamiento en los niños, Edukame Desde la educación emocional. Hallado en: <https://edukame.com/el-atragantamiento-en-los-ninos-iii>
57. Domoto P. Examen de Rodilla a Rodilla, Dientes Sanos Niños Sanos. Hallado en:
<http://espanol.healthyteethhealthykids.org/examen-de-rodilla-a-rodilla/>
58. Paranhos F, Caso Clínico: Estética en dientes anteriores permanentes jóvenes, Mapa Odontológico. Hallado en:
<http://mapaodontologico.blogspot.mx/2011/01/caso-clinico-estetica-en-dientes.html>
59. Cuando te obligan a comer la sopa!, Go Daddy. Hallado en:
https://www.google.com.mx/search?q=mama+sopla+a+comida+del+bebe&rlz=1C1AOHY_esMX709MX709&espv=2&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiKhczkiorTAhUHxYMKHbJdAykQ_AUIByqC&biw=1242&bih=594#tbm=isch&q=sopla+a+comida*&imgsrc=k--N5e3j-ugIAM: